

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

130

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25. Janvier 1906, à 1 heure

PAR

Jean-Jacques-Emile BOURRETÈRE

Ancien Externe des Hôpitaux et de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Pronostic du "Placenta Prævia"

Résultats statistiques

recueillis à la Maternité de l'Hôpital St-Antoine

du 18 Mai 1897 au 1^{er} Janvier 1906

Président : M. BUDIN, professeur

MM. POZZI, professeur

Juges

}

BAR, agrégé

FAURE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils.		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET.
Thérapeutique.		GILBERT.
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER.
Clinique médicale.	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	}	TILLAX.
		TERRIER.
		BERGER.
		DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.		BUDIN.
Clinique d'accouchements.	}	PINARD.
Clinique gynécologique.		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDRIMONT

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Bordeaux
Médecin-chef de la Compagnie des Chemins de fer du Midi.

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Bordeaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux.

MESSIEURS LES DOCTEURS J. AUCLAIR,
J. RENAULT, A. SICARD

Médecins des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. ROUTIER

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien de la Maison Dubois.

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.

MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Assistant à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

MONSIEUR LE DOCTEUR TISSIER

Accoucheur des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Pronostic du « Placenta prævia »

**Résultats statistiques recueillis
à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.**
du 18 mai 1897 au 1^{er} janvier 1906.

Nous dédions les quelques pages qui suivent à notre père très affectionné, le D^r Eugène Bourretère, qui fut pour nous le plus sûr des guides et le conseiller le plus avisé.

Arrivé au terme de nos études, nous croirions faillir au plus impérieux des devoirs en n'adressant pas ici un témoignage public de profonde et sincère gratitude à ceux qui furent nos Maîtres durant les longues années passées dans les hôpitaux.

M. le D^r Baudrimont, chirurgien honoraire des hôpitaux civils de Bordeaux, médecin en chef de la Compagnie des Chemins de fer du Midi, voulut bien nous accueillir dans son service, tout à fait au début de nos études : et c'est de lui que nous avons appris les premières notions de l'art chirurgical.

M. le Dr X. Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux, accepta, dès la même époque, de nous initier aux secrets de la pratique médicale, et grâce à son affabilité, à son inlassable patience nous pûmes surmonter sans trop de découragement les difficultés sans nombre qui assaillent le débutant.

A ces deux Maîtres qui voulurent bien, par la suite, se souvenir de leur ancien élève, nous adressons, aujourd'hui, l'expression de notre très vive gratitude.

C'est à l'hôpital Saint-Antoine, que dès notre arrivée à Paris, nous fûmes attaché au service de M. le Dr A. Siredey, dont l'enseignement si clair et si pratique, nous servira toujours de guide dans l'avenir.

M. le Dr Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, voulut bien nous permettre, à deux reprises différentes, de remplir les fonctions d'externe dans son service. Nous ne saurions trop le remercier ici de la sympathie qu'il nous témoigna toujours, et nous nous permettrons de lui exprimer toute notre franche et sincère admiration pour sa science clinique et son talent opératoire.

Durant notre stage à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié, nous pûmes nous familiariser avec l'étude si délicate des maladies du cœur, grâce à l'enseignement du Dr André Petit, qui sut faire revivre pour nous les leçons de son Maître Potain.

Pendant les quelques mois passés auprès de M. le

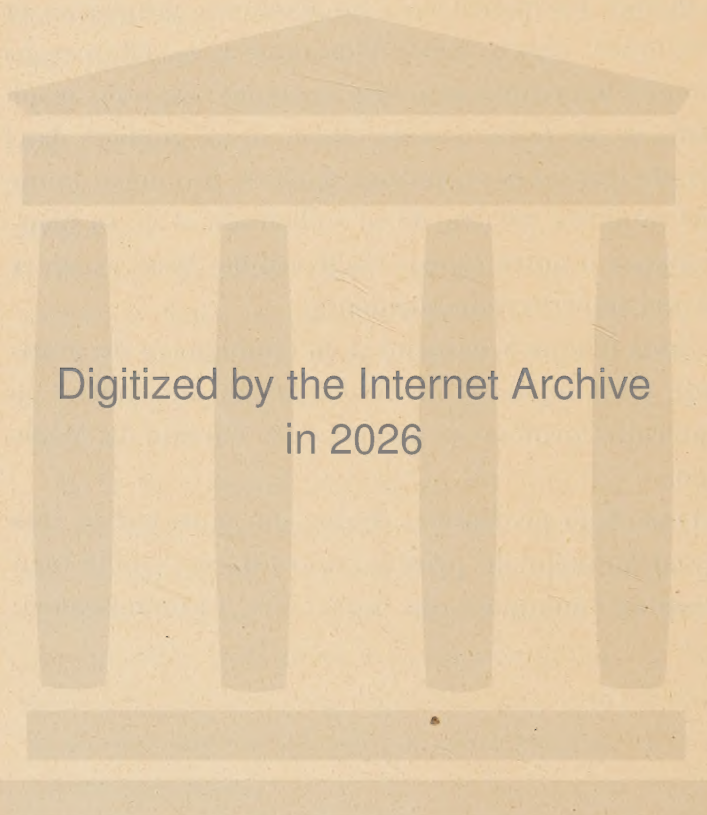
D^r Comby, il nous a été donné d'acquérir les notions indispensables à l'exercice de cette branche très spéciale de la médecine : la pathologie infantile.

Pendant l'année d'externat passée dans son service de la Maternité de Saint-Antoine, M. Bar nous a mis à même d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques, grâce auxquelles nous nous efforcerons de faire honneur à son enseignement. En nous inspirant ce modeste travail, et en nous guidant dans l'étude que nous proposons de faire, il nous a donné une nouvelle preuve de sa sollicitude et de sa bienveillance à notre égard. Qu'il veuille bien accepter ici nos sincères remerciements.

Nous tenons à associer à ce témoignage de gratitude le nom de M. le D^r Brindeau, assistant à la Maternité, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Que M. le professeur Budin, qui nous fait le très grand honneur de présider notre thèse, veuille bien accepter l'hommage de notre vive reconnaissance.

•



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous avons pu recueillir dans les Archives de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine 92 cas de *placenta prævia* qui ont été observés depuis le mois de mai 1897, date de l'inauguration du service, jusqu'au 1^{er} janvier 1906.

Ce chiffre, au premier abord, peut paraître un peu faible, surtout si on le compare à la proportion fournie par d'autres statistiques. Aussi tenons-nous à faire remarquer tout de suite que nous n'avons pas tenu compte de toutes les observations d'insertion vicieuse, auquel cas le chiffre eût été beaucoup plus élevé. Nous nous sommes borné à publier uniquement celles dans lesquelles il s'agit bien de *placenta prævia*, réellement situé en avant de la route que doit parcourir le fœtus. Nous avons volontairement éliminé du cadre de notre modeste travail de nombreux faits d'insertion vicieuse à des hauteurs variables sur le segment inférieur, pour ne nous occuper que de ceux dans lesquels, au toucher, *le doigt atteignait directement* la surface placentaire.

Nous avons donc cru légitime d'user ici du qualificatif de *placenta prævia* qui a l'avantage de nette-

ment spécifier l'ordre de faits que nous nous proposons d'étudier.

La lecture attentive des observations nous a suggéré un certain nombre de considérations qui touchent de près à la symptomatologie, au traitement et au pronostic de cette grave complication de la grossesse. Ce sont ces divers ordres de faits que nous allons successivement étudier, en insistant surtout sur les interventions auxquelles on a le plus souvent recours à la Maternité de Saint-Antoine et sur le pronostic qu'elles comportent.

CHAPITRE I

L'hémorragie constitue le symptôme capital du « placenta prævia ». Elle est *constante* : dans les quatre-vingt-douze observations que nous avons recueillies, elle ne fait pas défaut une seule fois, et c'est presque toujours elle qui motive l'entrée de la malade à l'hôpital.

Tantôt isolée, unique, tantôt répétée à des intervalles plus ou moins réguliers, et un nombre de fois plus ou moins variable, elle fait son apparition aux différentes époques de la grossesse. Elle est toutefois exceptionnelle avant le quatrième mois et se montre surtout *au cours des trois derniers mois*. Elle représente 90 0/0 environ des hémorragies qui surviennent à cette période. Pour certains auteurs cependant, l'hémorragie par « placenta prævia » se produirait assez souvent au début de la grossesse et beaucoup d'avortements ne reconnaîtraient pas d'autre cause.

À quelque moment qu'elle se produise, l'hémorragie due au « placenta prævia » possède un certain nombre de caractères qui permettent de la différencier assez aisément des hémorragies tenant à des causes différentes, telles que :

Rupture de varices du vagin ou du col ;

Ulcérations du col ;

Décollement du placenta normalement inséré :

Rupture du sinus circulaire, etc.

C'est une *hémorragie toujours externe*, constituée par un écoulement liquide, survenant sans cause apparente, n'étant précédé d'aucun prodrome, et ne s'accompagnant d'aucune douleur. Cette absence de toute manifestation douloureuse est un caractère qui, bien entendu, disparaît si le travail est déjà commencé. Mais alors, l'abondance de l'hémorragie qui s'accroît durant les contractions utérines est un signe fort important.

Nous avons noté dans notre statistique, quatre faits, particulièrement probants à cet égard, dans lesquels les femmes se trouvaient endormies dans leur lit, lorsque la perte de sang est survenue (Voir obs. H. 700, G. 451, F. 568, F. 258 (*bis*)).

Livrée à elle-même, cette hémorragie, surtout si elle est abondante, a peu de tendance à s'arrêter ; si elle cesse spontanément, ce n'est en général qu'une courte rémission ; au bout d'un temps variable, souvent assez court, elle reparait avec tous ses caractères ; et sa répétition, alors même qu'elle est peu abondante, finit par compromettre gravement la vie de la mère, et par entraîner presque à coup sûr la mort de l'enfant.

L'intervention s'impose donc, à peu près constamment, et c'est d'elle que nous allons maintenant nous occuper.

CHAPITRE II

Le traitement du « placenta prævia » doit s'efforcer de répondre aux deux indications suivantes :

Arrêter l'hémorragie,

Remonter la femme anémiée.

Un premier procédé a pour objet d'arrêter l'hémorragie en favorisant la production des caillots : c'est *le tamponnement vaginal*. On l'emploie surtout dans les hémorragies du début de la grossesse, ou lorsque le travail n'étant pas encore ébauché on se trouve dans l'impossibilité de recourir à un autre procédé.

Le tamponnement présente, en effet, un certain nombre d'inconvénients qui en font restreindre l'emploi. On lui a fait, entre autres reproches, celui de ne pas mettre la femme à l'abri d'une hémorragie interne que révéleront seules la pâleur du visage, la petitesse et la rapidité extrême du pouls et la tendance à la syncope, auxquelles il faut joindre l'augmentation rapide du volume de l'utérus.

On a aussi objecté la tendance à l'infection, surtout si le tamponnement est maintenu en place pendant un laps de temps assez considérable. Douloureux, par suite de la compression qu'il exerce sur

les organes voisins, il entraîne assez fréquemment la rétention d'urine.

Pour ces différentes raisons, nous ne le voyons employer à la Maternité de Saint-Antoine que dans les cas spécifiés plus haut : au début de la grossesse, et lorsqu'il n'y a pas encore dilatation du col. On pourra y recourir aussi, et non sans succès, lorsque les membranes difficilement accessibles n'auront pu être artificiellement rompues.

Lorsqu'on se trouve, en effet, en présence d'une femme en travail, chez laquelle les membranes sont accessibles, et chez laquelle la dilatation est suffisante pour pouvoir espérer une terminaison rapide de l'accouchement, *la rupture artificielle et large* des membranes semble être le moyen de choix pour faire cesser l'hémorragie.

Sur les 92 observations recueillies, nous avons noté 69 fois la rupture artificielle,

Soit dans 75 0/0 des cas.

Ceux-ci se décomposent de la façon suivante :

49 avant terme ;

20 à terme ;

55 présentations du sommet ;

6 présentations du siège ;

8 présentations transverses.

La déchirure des membranes doit être aussi étendue que possible, afin de permettre l'engagement parfait de la partie fœtale qui se présente. C'est, en effet, à la compression de la plaie placentaire par cette dernière qu'est due l'hémostase.

Il n'y a plus, dès lors, qu'à abandonner les choses à elles-mêmes, laisser le travail suivre son cours normal et l'accouchement se terminer tout seul. Il est cependant nécessaire de surveiller très attentivement le malade et de se tenir prêt à intervenir de nouveau, l'hémorragie étant susceptible de se reproduire.

Sur les 69 cas précités dans lesquels on a eu recours à la rupture artificielle des membranes 19 (soit 27,5 0/0) n'ont nécessité aucune autre intervention et se sont terminés par l'accouchement spontané.

Le ballon de Champetier qui agit à la fois comme dilatateur et comme hémostatique, en comprimant la plaie placentaire, est, pour ces deux raisons, très fréquemment employé. Les chiffres suivants sont, à cet égard, très démonstratifs :

Sur 92 cas. . . . 37 poses de ballons
soit dans 40,2 0/0 des cas.

Son expulsion peut se faire attendre plus ou moins longtemps, mais lorsqu'elle s'est produite, la dilatation est alors suffisante, sauf très rares exceptions, pour permettre de terminer rapidement l'accouchement.

Il peut se faire, en effet, que malgré la rupture des membranes, malgré le tamponnement, malgré l'introduction de ballons, l'hémorragie persiste, menaçante pour la mère, à peu près fatale pour l'enfant. Il faut alors, de toute nécessité « vider l'utérus » et pour cela recourir à l'accouchement rapide.

Divers procédés ont été successivement préconisés pour atteindre ce but.

Nous ne signalerons que pour mémoire l'accouchement forcé de Louise Bourgeois et de Guilleméau pour en arriver immédiatement aux deux seuls moyens mis en œuvre aujourd'hui :

Le forceps

et la version par manœuvres internes.

Sur 92 observations: 48 accouchements artificiels,
soit 52 0/0 environ

qui se décomposent de la façon suivante :

Forceps : 11, soit 23 0/0 environ ;

Version : 37, soit 77 0/0.

Cette énorme disproportion entre les cas dans lesquels on a eu recours à l'application de forceps, et ceux dans lesquels on s'est adressé à la version par manœuvres internes, est liée à différentes causes :

D'abord à la difficulté, ou même à l'impossibilité absolue où l'on se trouve de saisir la tête, dans bien des cas par suite de sa mobilité ;

Puis, à ce fait que le « placenta prævia » coexiste fréquemment avec une présentation vicieuse :

Sur 92 cas : 10 présentations de l'épaule,
soit 12 0/0 environ.

Il est évident que dans ces derniers cas, la version par manœuvres internes est le seul procédé à employer, car il permet seul de terminer rapidement l'accouchement, et par ce fait même d'arrêter l'hémorragie.

Nous nous proposons d'étudier, au chapitre sui-

vant, la valeur comparative des deux procédés, au point de vue du pronostic qu'ils comportent pour l'enfant et pour la mère.

Mais auparavant nous voulons dire quelques mots, au sujet de la deuxième indication du traitement du « placenta prævia » et des moyens en notre pouvoir de lutter contre l'anémie parfois extrême de la malade.

Dans tous les cas où, par suite d'hémorragies abondantes et répétées, la malade se présente avec un facies pâle, lèvres décolorées, refroidissement des extrémités, pouls petit, filiforme, rapide, en somme, chaque fois qu'il y a anémie marquée, on fait *immédiatement* une injection sous-cutanée de sérum artificiel suivant la technique habituelle.

La dose de liquide injecté varie suivant les cas de 500 grammes à 1000 et 1500 grammes. Elle peut être répétée à intervalle assez rapproché, si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant. Rien ne s'oppose à l'emploi simultané de la caféine et de l'éther en injection hypodermiques.

Les résultats obtenus grâce à cette façon de procéder sont des plus encourageants :

Sur 25 cas dans lesquels l'anémie profonde des malades a nécessité l'emploi du sérum physiologique à hautes doses, nous n'avons en effet relevé que trois décès, dont l'un imputable aux progrès d'une tuberculose pulmonaire déjà ancienne (F. 477); l'autre, à l'anémie excessive de la malade, morte quelques minutes après son entrée à l'hôpital, avant même d'avoir été accouchée (F. 258 bis).

CHAPITRE III

Le pronostic du « placenta prævia », envisagé d'une façon générale, est excessivement mauvais pour l'enfant et sérieux pour la mère.

Si nous nous en rapportons à nos observations, nous trouvons, en effet, sur 92 cas :

Enfants : 67 morts, soit 72,8 o/o.

23 sortis en bon état, soit 27 o/o
de vivants.

2 passables.

Mères : 9 mortes, soit 9,7 o/o.

75 sorties en bon état, soit 90 o/o
de vivantes.

8 passables.

Ces chiffres appellent quelques commentaires.

Forceps. — Dans les 11 cas d'application des forceps, que nous avons mentionnés plus haut, les résultats ont été les suivants :

Enfants : 7 morts, soit 63,6 o/o.

4 vivants, soit 36,3 o/o.

Mais il est bon de noter que parmi les 7 cas dans lesquels les enfants ont succombé, se trouvent deux cas de placentas insérés centre pour centre, qu'il fallut complètement perforer pour per-

mettre l'introduction des branches du forceps (Obs. A. 768, et H. 680).

Mères : 7 sorties en bon état.

2 » incomplètement guéries.

2 mortes :

L'une de phtisie pulmonaire (F. 477).

L'autre d'infection puerpérale (H. 680).

Version. — Nous avons déjà vu que l'on a recouru à la version par manœuvres internes *dans 37 cas*. Les résultats ont été les suivants :

Enfants : morts : 30, soit 81 0/0;

Sortis en bon état : 7, soit 19 0/0.

Il faudrait se garder, toutefois, de mettre cette mortalité effrayante sur le compte du placenta prævia seul : nous voyons en effet parmi les décès :

Un cas dans lequel l'enfant a succombé de broncho-pneumonie au quinzième jour (A. 682).

Un cas de perforation du crâne par suite de l'impossibilité d'extraire la tête dernière, retenue par la contracture du col (B. 250).

Un cas de rupture de la colonne cervicale, par tractions exagérées (H. 7).

Un cas de procidence presque totale du cordon, avec procidence d'un bras (H. 817).

Mères : 30 sorties en bon état, soit 92 0/0 vivantes;

4 — incomplètement guéries ;

3 mortes, soit 8,1 0/0.

Sur ces trois décès, l'un survint à la suite d'une hystérectomie vaginale faite pour élévation persistante de température (F. 447).

L'autre reconnaît pour cause une hémorragie par inertie utérine (F. 1394).

Enfin, dans le troisième cas, la malade est morte de syncôpe (obs. G. 763).

La mortalité si élevée des enfants, dans le cas de « placenta prævia » tient à deux facteurs essentiels :

1° L'hémorragie.

2° L'accouchement prématuré.

Dans un très grand nombre d'observations, nous avons pu constater qu'à la suite des hémorragies répétées, le fœtus était déjà mort avant tout début de travail, ou tout au moins dans un état de santé fort précaire, ainsi qu'en témoignaient l'irrégularité, la faiblesse des bruits du cœur, et dans les cas de procidence du cordon, l'absence de battements au niveau de la tige funiculaire.

En outre, l'accouchement a très souvent lieu avant terme, et notre statistique est, à cet égard, des plus édifiantes.

Sur les 92 cas, nous avons noté 66 fois l'accouchement prématuré,

soit 71,7 0/0.

parmi lesquels quatre se sont produits au sixième mois.

Il n'est pas étonnant, dès lors, de voir les différentes interventions se terminer de façon si fâcheuse pour l'enfant.

Affaibli par l'hémorragie, en état de moindre résistance par suite de son développement incom-

plet, il aura les plus grandes chances de mal supporter la moindre intervention. Dans ces conditions il nous semble logique de résumer de la façon suivante, la conduite à tenir dans le cas de « placenta prævia ».

Si la femme est forte, résistante, faire le tamponnement, et surtout rompre les membranes en se gardant de transformer une présentation du sommet.

Si, au contraire, la femme est anémiée, épuisée par les hémorragies, terminer rapidement l'accouchement par la version qui, sans doute, fera courir de grands risques à l'enfant déjà fort compromis, mais qui sera le procédé de choix pour sauver la mère.

Nous sommes heureux de pouvoir comparer les chiffres qui précèdent, à ceux fournis par la statistique de la Maternité de Copenhague. Ceux-ci nous ont été communiqués par M. le Dr Hauch, assistant du professeur Léopold Meyer, auquel nous adressons tous nos remerciements.

Année 1902.

2153 malades.

18 placentas prævia, 3 insertions totales,
15 partielles.

4 primipares.

14 multipares.

Une maladie de cœur,

Une phtisie pulmonaire,

Un myome pédiculé de la face antérieure de l'utérus.

Une femme infectée avant son entrée dans le service.

13 sommets,
1 siège,
4 transverses.

Seize applications du ballon de Champetier, complètement de dilatation à l'aide du dilatateur de Bossi :

12 fois dans présentation du sommet.
1 fois — du siège
3 fois — transverse.

Deux ruptures artificielles des membranes.

Trois accouchements spontanés.

Douze versions par manœuvres internes.

Un accouchement rapide, (Présentation du siège).

Une malade morte d'hémorragie sans être accouchée.

Une version et accouchement rapide (Myome).

Résultats. — Sur 18 cas :

Enfants : 9 vivants.
9 morts.
9 à terme.
9 avant terme.

Mères : 15 vivantes.
3 mortes.

Une d'hémorragie sans avoir été accouchée ;

Une de péritonite (perforation de l'utérus avec la pince porte-ballon) ;

Une d'infection puerpérale.

Année 1903.

2161 malades.

20 placentas prævia, 7 insertions totales.
13 partielles.

5 primipares.

15 multipares.

2 cardiaques.

12 sommets.

3 sièges, 1 complet.

1 mode des fesses.

1 mode des pieds.

5 transverses.

Une version à la Braxton Hickz.

Seize applications du ballon de Champetier :

8 fois dans présentation du sommet,

3 fois » » du siège,

5 fois » » transverses.

Une rupture artificielle des membranes.

Douze versions par manœuvres internes :

7 fois pour sommet,

5 fois pour transverses.

Deux accouchements rapides, sans présentations
du siège.

Résultats. — Enfants: 10 morts,

10 vivants.

Mère: 1 morte d'anémie.

OBSERVATIONS

A. 125. — Primipare, 23 ans, à terme. Pas d'antécédents héréditaires et personnels. Sommet non engagé en D. A. Angel accessible au loin. Entre à la Maternité pour hémorragies répétées. Au toucher, placenta inséré à gauche et en arrière. Membranes intactes. Les battements du cœur ne sont pas perçus. Dilatation de 2 francs. Rupture artificielle des membranes. Contractions utérines énergiques : pas d'hémorragie notable.

Les contractions se ralentissent, lorsque la dilatation est comme une petite paume de main. Ballon de Champetier de 540 grammes. Après son expulsion, une anse du cordon est procidente, aucun bruit du cœur : pas de battements au niveau de la tige funiculaire. Efforts d'expulsion. La tête se dégage, mais les épaules sont retenues au détroit supérieur. Le dégagement des bras se fait sans incidents après rotation artificielle des épaules. •Enfant mort de 3.850 grammes ayant subi un commencement de macération.

Délivrance naturelle. — Le neuvième jour après l'accouchement, élévation de température 40°, coïncidant avec un écoulement de pus par le col. A partir de ce moment, l'état général s'aggrave progressivement, et la malade succombe le quatorzième jour après l'accouchement avec tous les symptômes d'infection puerpérale généralisée.

A. 589. — Primipare, 24 ans, domestique. Bassin normal.

Sommet engagé en G. A. à terme. Brûls du cœur bons. Présente au moment de son entrée dans le service, des accidents syphilitiques secondaires. Col dilatable comme o fr. 50, tête très mobile. Membranes intactes. Placenta inséré à gauche et en avant. Hémorragie abondante qu'arrête la rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané, garçon vivant né étonné. Délivrance spontanée. Pas de rétention de membranes. Placenta s'est présenté par sa face utérine. Enfant mort d'accidents syphilitiques quinze jours environ après sa naissance. La mère sort sur sa demande le dix-septième jour après l'accouchement en bon état.

A. 682. — Secundipare, 20 ans. Bassin normal. Sommet élevé en O. I. G. A. : placenta prævia Hémorragie abondante. Etat général faible. Ballon de Champetier de 500 grammes. Introduction de la main droite après rupture artificielle des membranes. Saisie des deux pieds. Evolution facile. Extraction de la tête par manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 2.630 grammes étonné, mort de broncho-pneumonie quinze jours après sa naissance. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

A. 716. — Multipare, trois grossesses antérieures normales. Bassin présentant un angle accessible au loin. Grossesse normale, à terme. Hémorragie brusque et abondante survenue au cours du travail. Tête élevée en D. Membranes intactes. Hémorragie peu abondante. Placenta à G. et en arrière. Accouchement spontané : enfant vivant de 3.230 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

A. 768. — Multipare, 32 ans. Quatrième grossesse actuelle de 8 mois 1/2. Depuis vingt jours à eu une série d'hémorra-

gies d'importance variable. La dernière, particulièrement abondante, date de six jours et n'a pas cessé à son entrée à l'hôpital. Sommet en O. I. D. A. Après rupture artificielle des membranes, on sent le placenta inséré centre pour centre. Le doigt arrive sur les cotylédons. Les bruits du cœur sont très précipités et irréguliers. Ballon de Champetier de 500 grammes. Tête mobile, mais version impossible par suite de la rétraction de l'utérus. Procidence du cordon, au niveau duquel on ne perçoit plus de battements. Première application de forceps en droite transverse. Deuxième application directe. Enfant mort-né de 2.820 grammes. Le placenta, en forme de biscuit à la cuillère, a son extrémité inférieure dans le vagin. Sa partie supérieure retenue par la contraction de l'orifice interne, nécessite la délivrance artificielle. On le retire en entier, et on peut constater qu'il porte en son centre une perforation. Suites de couches pathologiques, frissons nombreux. Température 40°6. Injections intra-utérines de permanganate de potasse avec eau iodée. La malade très améliorée, mais non complètement guérie sort le 11 décembre, c'est-à-dire quinze jours après son entrée à l'hôpital.

B. 139. — Multipare, 37 ans. Pas d'antécédents héréditaires et personnels. Cinquième grossesse de 7 mois 1/2. Bassin normal. Siège complet en S. I. G. T. élevé. Hémorragie brusque, sans prodromes et sans douleurs. Au toucher on sent le placenta inséré à gauche et descendant jusque dans le col. Après l'entrée dans le service, hémorragies répétées et abondantes. Bruits du cœur bons. Ballon de Champetier de 500 grammes. Rupture spontanée des membranes après expulsion du ballon. L'accouchement se fait rapidement. Enfant mort-né. Délivrance naturelle. La malade sort en bon état.

B. 242. — Multipare, 25 ans. Trois accouchements à terme. Tête filant dans la fosse iliaque gauche. Placenta prævia, hémorragies répétées. Etat syncopal. Version mixte. Tête refoulée vers la fosse iliaque gauche. Recherche d'un pied. Rétraction du col sur la tête dernière. Expulsion du placenta en même temps que du fœtus. Enfant de 1.530 grammes mort. Etat de la mère faible après délivrance. Suites de couches normales. Mère sort en bon état.

B. 250. — Multipare, 30 ans. Tête élevée. Placenta prævia, hémorragie abondante. Malade très anémiée. Enfant mort. Introduction de la main gauche, saisie du pied droit, évolution facile. Extraction du siège, des bras sans difficultés. Perforation du crâne avant la dilatation complète. Délivrance artificielle. Enfant de 3.040 grammes moins le cerveau. Mort. Mère avec fièvre après délivrance. Suites de couches pathologiques. Sort en bon état.

B. 390. — Multipare, 28 ans. Fièvre typhoïde à 9 ans. Quatrième grossesse actuelle de 5 mois environ. Bassin normal. Sommet non engagé en G.A. Bruits du cœur bons. Hémorragies abondantes et répétées depuis trois jours. On arrive facilement sur les membranes rugueuses, mais on ne peut pas atteindre le placenta. Pas de pertes au cours du travail. Rupture spontanée des membranes. Accouchement spontané d'une fille vivante pesant 1.320 grammes. Délivrance naturelle. La rupture des membranes s'est faite au niveau du bord placentaire qui est lui-même un peu déchiré. Suites de couches normales.

B. 573. — Multipare, 26 ans. Sommet mobile en D. T. Placenta prævia. Hémorragie. Tête élevée. Procidence du cordon qui ne bat pas. Rupture artificielle des membranes. Ballon

de Champetier. Introduction de la main droite. Bras droit pro-cident. Saisie du pied droit, pied postérieur. Rotation qui le rend antérieur. Extraction facile du tronc. Extraction difficile de la tête par manœuvre de Mauriceau. Enfant mort-né pesant 2.106 grammes. Suites de couches pathologiques : élévation de température. Sort sur sa demande.

B. 694. — 20 ans. Primipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule droite en A. I. D. dorso-postérieure. Placenta præ-via. On sent le placenta à droite, près de l'orifice externe. Hémorragie assez abondante. Membranes intactes. Bruits du cœur normaux. Version par manœuvres internes. Dégagement rapide et facile du fœtus. Délivrance artificielle. Enfant de 1.150 grammes né faible, et mort quelques heures après sa naissance. Bon état de la mère après la délivrance. Suites de couches normales.

B. 887. — Multipare, 36 ans, journalière. Antécédents pathologiques : Fièvre typhoïde et variole à 18 ans. Quatre grossesses terminées à terme par la naissance d'enfants vivants. Suites de couches normales. Cinquième grossesse actuelle de 8 mois $1/2$. Hémorragie très abondante, sans prodromes et sans douleurs, survenue avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Bassin normal. Sommet élevé en O. I. G. T. Bruits du cœur bons. Facies pâle : suintement sanguin à la vulve. Col court : dilatation de 2 francs. Sommet très mobile et encore élevé. A gauche de la tête, au-dessus de l'orifice interne, le placenta est décollé sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Le toucher provoque une hémorragie abondante. Rupture artificielle des membranes. L'engagement s'accroît aussitôt, et l'écoulement sanguin cesse. Accouchement spontané d'un garçon

vivant pesant 2.730 grammes. Délivrance naturelle sans hémorragie notable. Suites de couches normales.

B. 909. — Multipare, 36 ans, marchande des quatre saisons. Pas d'antécédents pathologiques. Huit grossesses antérieures terminées à terme. Deux fausses couches à 3 mois. Suites de couches normales. Onzième grossesse actuelle, presque à terme. Deux hémorragies assez abondantes avant son entrée dans le service. Bassin normal. Sommet en O. I. G. T. Bruits du cœur bons. Les membranes sont rugueuses et épaissies à droite. Ballon de Champetier de 500 grammes pour hâter le travail. Rupture artificielle des membranes. Expulsion du ballon suivie de très près de l'accouchement d'un enfant vivant de 3.350 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

B. 1174. — Primipare, 28 ans, cuisinière. Pas d'antécédents pathologiques. Promontoire accessible au loin. Sommet très mobile en gauche. Bruits du cœur bons. Col long. Orifice externe perméable. Entre dans le service pour hémorragies. Le doigt arrive sur les cotylédons en arrière et à droite. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier de 500 grammes. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Après l'expulsion du ballon, la tête s'engage mais la rotation ne se fait pas complètement. Il faut la compléter par une application de forceps. Celle-ci est suivie de près de l'expulsion spontanée d'un garçon vivant de 3.100 grammes. Délivrance artificielle. Placenta inséré à droite et s'étendant très haut, presque jusqu'au fond de l'utérus. La partie qui était insérée sur le segment inférieur se rabat sur le col en forme de volet. Suites de couches normales. La malade quitte la Maternité sur sa demande : elle est en bon état,

B. 1230. — Secundipare, 27 ans, couturière. Antécédents pathologiques : Rougeole à 10 ans. Fièvre typhoïde à 18 ans. Chlorose et pleurésie sèche à gauche à 22 ans. Première grossesse terminée au huitième mois par l'accouchement d'un enfant mort au bout de un mois.

Est actuellement enceinte de 3 mois. Infection intra-utérine et placenta prævia. On sent nettement au toucher une languette placentaire insérée sur le segment inférieur : il n'y a pas eu, jusqu'à cette heure d'hémorragie notable, mais l'état général de la malade laisse fort à désirer. Durant son séjour à la Maternité, hémorragie très abondante qui nécessite l'avortement provoqué. Délivrance artificielle en deux temps. La malade sort en bon état sur sa demande.

B. 1292. — Primipare, 30 ans, domestique. Pas d'antécédents pathologiques. Bassin normal. Grossesse de 7 mois environ. Sommet mobile en G. Pas de bruits du cœur. Col incomplètement effacé, dilaté comme 1 franc. Au toucher on sent les membranes intactes et la tête fœtale. En arrière, on arrive sur les cotylédons. La malade qui perdait du sang depuis vingt-deux jours, et plus abondamment depuis deux jours, est pâle et anémiée. Nouvelle hémorragie assez abondante. Pouls très rapide et filiforme. Sueurs profuses. Dilatation comme une petite paume de main. Température : 36°3. Rupture artificielle des membranes. Tamponnement vaginal. L'hémorragie s'arrête. Sérum artificiel : 1000 grammes. Accouchement spontané d'un garçon mort-né de 1950 grammes, non macéré. Pas d'hémorragie. Délivrance naturelle. Le placenta se présente par sa face fœtale. Quelques minutes après la délivrance, la malade se cyanose brusquement et meurt après avoir prononcé quelques paroles incohérentes.

C. 161. — Multipare, 26 ans, ménagère. Pas d'antécédents pathologiques. Cinq grossesses antérieures à terme, terminées par la naissance d'enfants vivants. Suites de couches normales. Sixième grossesse actuelle à terme. Bassin normal. Sommet non engagé en O. I. G. Bruits du cœur bons. Hémorragie abondante depuis plusieurs heures. Col presque complètement effacé, dilaté comme 1 franc. Membranes intactes, rugueuses ; placenta inséré vicieusement à gauche et en arrière. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané d'un garçon vivant, pesant 3.880 grammes. Délivrance naturelle complète. Suites de couches normales.

C. 241. — Multipare, 31 ans. Variole à 8 ans. Quatre grossesses antérieures à terme, avec suites de couches normales. Cinquième grossesse actuelle à terme. Angle accessible au loin. Sommet élevé en O. I. G. P. Bruits du cœur bons. Hémorragies répétées avant l'entrée à l'hôpital. Col long, dilatable. Au niveau de l'orifice interne, le doigt sent les membranes décollées, rugueuses, et les cotylédons placentaires qui saignent facilement. Rupture spontanée des membranes. Accouchement spontané d'enfant vivant de 2.880 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

C. 374. — Primipare, blanchisseuse, 26 ans. Fièvre muqueuse à 6 ans. Première grossesse de 7 mois 1/2. Trois hémorragies depuis huit jours, avant l'entrée à la Maternité. Bassin normal. Sommet profondément engagé en O. I. G. A. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Membranes intactes : dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané d'un garçon mort-né. Délivrance naturelle complète. La malade a 38 degrés le soir de

l'accouchement, mais la température retombe à la normale le quatrième jour.

C. 410. — Primipare, 23 ans, domestique. Sans antécédents pathologiques. Première grossesse de 7 mois 1/2. Hémorragie abondante ayant nécessité le tamponnement vaginal fait en ville. Bassin normal. Sommet mobile en O. I. D. P. Pas de bruits du cœur. Dilatation de 0 fr. 50. On sent très nettement le placenta inséré à gauche sur le segment inférieur. Les membranes sont rompues. Accouchement spontané d'un garçon mort, mais non macéré, pesant 1850 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

C. 462. — Multipare, 36 ans, ménagère. Deux grossesses antérieures terminées à terme. Suites de couches normales. Troisième grossesse actuelle de 7 mois. Trois hémorragies abondantes, avant l'entrée à l'hôpital, et qui ont nécessité un tamponnement vaginal. Sommet qui s'engage en O. I. D. P. Bassin normal. Bruits du cœur bons. Col dilatable comme 2 francs. Membranes intactes. Le doigt rencontre du côté gauche quelques cotylédons placentaires décollés. Rupture spontanée de membranes. Accouchement spontané d'un garçon vivant de 1860 grammes. Délivrance naturelle. Les membranes sont rompues au niveau du bord placentaire, mais celui-ci n'est pas entamé. Suites de couches normales.

C. 512. — Multipare, 23 ans. A eu une première grossesse terminée à terme, et une seconde qui s'est terminée par un avortement de un mois (?). Troisième grossesse actuelle de 7 mois. Bassin normal. A son entrée, on fait le diagnostic de siège complet. Après vérification et examen de M. Bar, on diagnostique une présentation du sommet, non engagé en

D. Bruits du cœur bons. À eu, avant son entrée, plusieurs hémorragies ayant nécessité le tamponnement. Rupture artificielle des membranes. Décollement du placenta sur tout le pourtour du segment inférieur. On n'entend plus les bruits du cœur. Le travail se faisant très lentement on place un ballon de Champetier de 300 grammes. Expulsion du ballon et accouchement spontané d'une fille de 1850 grammes ayant déjà subi un commencement de macération. Délivrance naturelle sans hémorragies. Après l'accouchement, la température s'élève à 38 degrés. La fièvre persistant avec grandes oscillations, la malade passe à l'isolement. Curettage qui ramène des débris fétides. Injections intra-utérines avec eau iodée et permanganate. Diarrhée. Mort avec élévation très marquée de température.

C. 707. — Multipare, 42 ans, ménagère. Pleurésie à 24 ans. Huit grossesses antérieures à terme, terminées par des suites de couches normales. Neuvième grossesse actuelle à terme. Sommet en O. I. D. au détroit supérieur. Bassin normal. Bruits du cœur bons. Hémorragies répétées avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Le col est long, entr'ouvert. On arrive sur les cotylédons. Tamponnement vaginal. On essaie, sans succès, d'introduire un ballon de Champetier. On perfore un cotylédon placentaire central. Les bruits du cœur ont cessé. On place un deuxième ballon de Champetier qui est expulsé bientôt après. Expulsion spontanée d'une fille de 3030 grammes morte. Délivrance naturelle complète. Le cordon était inséré sur le bord du placenta répondant à l'orifice utérin. En rompant les membranes, on a déchiqueté le cordon dont les vaisseaux seuls ont résisté. Suites de couches normales.

C. 1231. — Secondipare, 31 ans, charbonnière. Fièvre typhoïde à 24 ans. Première grossesse à terme, enfant vivant. Suites de couches normales. Deuxième grossesse actuelle de 6 mois environ. Bassin normal. Présentation du siège très élevé. Pas de bruits du cœur. La malade entre pour une hémorragie très abondante. Elle est pâle : le pouls est faible. Température 37 degrés. Dilatation de 2 francs : membranes intactes. Injection de caféine et de 800 grammes de sérum artificiel. Rupture artificielle des membranes. L'engagement s'accroît. Seconde piqûre de caféine. Expulsion spontanée d'un enfant mort, du terme de 6 mois, pesant 700 grammes. Délivrance naturelle incomplète. Suites de couches pathologiques, avec élévation de température. La malade sort en bon état.

D. 198. — Secondipare, 29 ans. Bassin normal. Sommet en D. T. Placenta prævia. Hémorragies abondantes. Malade anémiée. Sérum. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite. Traction pour abaisser le pied postérieur. Extraction du siège en gauche. Extraction de la tête par manœuvre de Mauriceau, pénible par défaut de dilatation du col. Délivrance naturelle. Enfant de 2130 grammes. Mort. Suites de couches normales.

D. 407. — Multipare, 30 ans, sans antécédents pathologiques. Première grossesse : avortement de 3 mois. Deuxième : à terme ; accouchement spontané d'un enfant vivant. Troisième grossesse actuelle de 5 mois $1/2$, fœtus mobile : présentation de l'épaule droite dorso-antérieure. Entre pour hémorragie assez abondante survenue sans aucune douleur et qui s'est renouvelée chaque jour jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Le col est

long, fermé, laissant écouler quelques gouttes de sang. Quelques douleurs. Lavement laudanisé. On peut franchir le col devenu perméable, et on arrive sur le placenta décollé. Les membranes sont rompues. Tamponnement cervico-vaginal qui est retiré au bout de six heures. Le cordon est procident dans le vagin. On ne perçoit aucun battement à son niveau. Pose d'un ballon de Champetier de 450 grammes. On est obligé de retirer le ballon qui ne peut être spontanément expulsé. Abaissement des bras. Saisie d'un pied, extraction facile de l'enfant et du placenta, sans hémorragie. Suites de couches normales.

D. 599. — Multipare, 38 ans. Bassin normal. Sommet en O. I. D. Placenta prævia. Hémorragies. Tête très élevée. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche antérieur. Evolution et extraction faciles. Délivrance artificielle. Enfant de 3430 grammes naît et sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

D. 617. — Secondipare, 24 ans. Rougeole et fièvre muqueuse dans l'enfance. Première grossesse terminée à 6 mois 1/2 par la naissance d'un enfant mort deux jours après sa naissance. Deuxième grossesse actuelle de 6 mois. Avant son entrée à l'hôpital, la malade a eu des douleurs très vives, suivies d'une hémorragie abondante. Une sage-femme de la ville rompt artificiellement les membranes. Sommet mobile en O. I. D. Pas de bruits du cœur fœtal. Le col est effacé et dilaté comme 5 francs. Le placenta est presque inséré centralement. On extrait un cotylédon. Les membranes ont été artificiellement rompues à droite et assez haut, car le doigt rencontre de toutes parts le placenta inséré

à gauche et un peu à droite. Tamponnement très serré du col et du vagin. Injection de 500 grammes de sérum artificiel. Le placenta est rapidement expulsé après extraction du tampon. Il est suivi du fœtus de sexe féminin mort et pesant 940 grammes. Les membranes sont ensuite naturellement expulsées. Suites de couches normales.

D. 643. — Secondipare. 29 ans. Bassin normal. A eu quatre hémorragies abondantes avant son entrée à l'hôpital. Col effacé : dilatation de 5 francs : membranes intactes. Le doigt arrive sur le placenta. Bruits du cœur irréguliers. Lorsque la dilatation atteint les dimensions d'une petite paume de main, on constate que la zone dilatée est occupée par le placenta inséré sur la paroi postérieure, et dont le bord arrive jusqu'à la lèvre antérieure du col. Rupture artificielle des membranes. Écoulement de liquide fortement teinté de méconium. Ballon de Champetier. Version par manœuvres internes. Extraction rapide de l'enfant de 2.720 grammes ranimé. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. Bon état de la mère et de l'enfant à la sortie.

D. 684. — Primipare 29 ans. Rougeole, fièvre typhoïde et coxalgie droite. Angle accessible. Grossesse de 7 mois. Deux hémorragies avant l'entrée à l'hôpital. Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur. Position droite. Pas de bruits du cœur. Facies pâle : pouls bon. Col effacé, dilatation de 1 franc. Membranes intactes, rugueuses. Placenta inséré à gauche. Rupture artificielle des membranes : écoulement de liquide rosé. Tamponnement du col et du vagin à la gaze iodoformée. Injection sous-cutanée de 1000 grammes de sérum artificiel. Le tampon est expulsé en partie lorsque la

dilatation est complète. Expulsion spontanée d'un garçon mort-né. Délivrance naturelle complète. Hémorragie avec frisson; on refait un tamponnement et une nouvelle injection de sérum artificiel de 300 grammes. Suites de couches normales.

D. 805. — Multipare, 39 ans. Bassin normal. Sommet mobile en O. I. G. A. Placenta prævia. Procidence du cordon. Rupture spontanée des membranes. Ballon de Champetier. Saisie et abaissement du pied droit: pas de battements du cordon. Extraction rapide. Délivrance spontanée. Enfant de 2.300 grammes, en état de mort apparente, ranimé. Sort en bon état. Déclirure clitoridienne. Suites de couches normales.

D. 1114. — Multipare, 32 ans. Bassin normal. Sommet en G. T. Placenta prævia. Hémorragies. Accouchement précipité. Bruits du cœur bons. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier de 800 grammes. Evolution et extraction faciles. Délivrance artificielle. Enfant de 3.850 gr. étonné, ranimé, sort en bon état. Bon état de la mère après la délivrance: suites de couches pathologiques.

D. 1169. — Multipare, 32 ans. Bassin normal. Présentation transversale. Placenta prævia. Hémorragies. Rupture artificielle des membranes. Liquide teinté de méconium. Ballon de Champetier de 500 grammes. Décollement du placenta et expulsion dans le vagin. Introduction de la main gauche. Extraction du tronc, quelques difficultés pour extraire la tête, par suite de la contraction du col. Placenta expulsé avant le fœtus. Enfant de 1850 grammes mort. Bon

état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

D. 1223. — Secondipare, 20 ans, ménagère. Sans antécédents pathologiques. Première grossesse à terme. Accouchement spontané d'un enfant vivant. Deuxième grossesse actuelle de 7 mois. Avant son entrée dans le service, la malade a eu chaque jour une hémorragie peu abondante mais constante, ne s'accompagnant d'aucune douleur. Sommet mobile en O. I. G. A. Bassin normal. Pas de bruits du cœur. Malade pâle, lèvres violacées, pouls petit mais bien frappé. Hémorragie peu abondante. Le vagin est rempli de caillots. Col dilaté comme 2 francs. On arrive immédiatement sur le placenta inséré sur la partie postérieure et latérale du segment inférieur : un lambeau est décollé. En suivant cette partie décollée, on arrive sur les membranes, en avant, qui sont artificiellement rompues. Le liquide s'écoule normal. Injection sous-cutanée de 1000 grammes de sérum. Piqûre d'éther. Expulsion spontanée d'un garçon mort pesant 1500 grammes. Délivrance naturelle : suites de couches normales.

D. 1463. — Secondipare, 24 ans, cuisinière. Première grossesse à terme terminée spontanément. Enfant vivant. Suites de couches normales. Deuxième grossesse actuelle de 6 mois environ. La malade entre pour hémorragies assez abondantes, survenues depuis quinze jours, le soir principalement. Bassin normal : sommet mobile. Col largement perméable et très mou. En avant et à droite on sent très bien le placenta. Rupture artificielle des membranes. Expulsion spontanée d'enfant vivant pesant 1200 grammes, mais qui meurt le troisième jour. Déli-

vrance artificielle incomplète qui nécessite un curetage et un écouvillonnage. Suites de couches pathologiques. La malade sort en bon état.

D. 1484. — Multipare, 25 ans. Bassin normal. Sommet mobile en G. Placenta vicieusement inséré. Hémorragie légère. Battements du cœur faibles, lents et irréguliers. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Version par manœuvres internes. Extraction difficile du tronc et des épaules. Manœuvre de Mauriceau : délivrance artificielle. Enfant de 3480 grammes, né en bon état. Sort en bon état ainsi que la mère. Suites de couches normales.

E. 398. — Multipare, 35 ans. Quatre grossesses antérieures à terme, spontanées. Enfants vivants. Cinquième grossesse actuelle de 8 mois. Présentation transversale non engagée : pas de bruits du cœur. Entre pour hémorragie très abondante qui persiste actuellement. Col perméable. Parties fœtales élevées. Tamponnement vaginal très serré. Piqure d'éther et de caféine : injection sous-cutanée de 1000 grammes de sérum artificiel. Rupture artificielle des membranes. Abaissement du pied droit, postérieur, sur lequel on pose un lacs. Ballon de Champetier de 400 grammes. Tractions sur le ballon qui sort. Dégagement du siège et des épaules sans difficultés. Manœuvre de Mauriceau. Enfant mort pesant 2250 grammes. Délivrance naturelle. Ecouvillonnage qui ramène des débris de membranes. Suite de couches normales. La malade part en bon état sur sa demande.

E. 451. — Multipare, 22 ans. Trois grossesses antérieures à terme. Quatrième grossesse actuelle de 5 mois 1/2. Malade

accouchée et délivrée en ville. Le médecin, appelé pour hémorragie abondante, constate un placenta inséré vicieusement. Il rompt artificiellement les membranes et, la malade continuant à perdre, fait l'accouchement méthodiquement rapide : délivrance artificielle. Tamponnement. Injection de sérum artificiel. Suites de couches pathologiques. La malade sort en mauvais état (37°8) au sixième jour, malgré les observations qui lui sont faites. L'enfant, né faible, meurt au bout de quelques heures.

E. 494. — Multipare, 31 ans, ménagère. Cinq grossesses antérieures terminées à terme spontanément. Enfants vivants. Deux avortements de 5 et 6 mois. Huitième grossesse actuelle de 8 mois. Pertes de sang depuis le troisième mois : siège non engagé en G. P. Pas de bruits de cœur. A son entrée, la malade perd du sang en assez grande quantité : le col est presque complètement effacé. L'utérus est très dur. Tamponnement vaginal très serré. Piqûres d'éther et de caféine. Sérum : 1.000 grammes. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier de 600 grammes, immédiatement expulsé. Deuxième ballon de 700 grammes. Après son expulsion, la dilatation est presque complète. Accouchement par le siège, de fille morte pesant 2.800 grammes. Délivrance naturelle. Hémorragie abondante : tamponnement : Suites de couches normales. La malade part en bon état sur sa demande.

E. 509. — Primipare, enceinte de 8 mois $1\frac{1}{2}$ environ. Sommet mobile en Droite au détroit supérieur. Bruits du cœur bons. Col perméable. Membranes intactes. Le doigt arrive sur le placenta inséré à gauche et en arrière. Les membranes sont

rugueuses. Hémorragie. Rupture artificielle des membranes. Procidence du cordon dans le vagin, difficilement réduite. Ballon de Champetier de 360 grammes. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perceptibles. Lorsqu'on retire le ballon, la dilatation est à peu près complète. Expulsion spontanée d'enfant mort, présentant de la rigidité cadavérique du maxillaire inférieur. Poids : 2.680 grammes. Délivrance spontanée. Le placenta est déchiré au niveau de son bord inférieur : mais cette déchirure s'est probablement produite au moment de la délivrance : Le cordon est arraché du placenta. Suites de couches normales.

E. 669. — Secondipare, 28 ans. Bassin normal. Placenta vicieusement inséré. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Difficultés pour accrocher un pied. Evolution du tronc assez facile. Manœuvre de Mauriceau difficile. Délivrance naturelle. Enfant de 2.250 grammes en état de mort apparente, ranimé. Sort en assez bon état. Suites de couches pathologiques.

E. 674. — Multipare, 26 ans, tapissière. Deux grossesses normales à terme. Troisième grossesse actuelle à terme. Sommet non engagé en G. Bruits du cœur bons. Hémorragie abondante : dilatation de 1 franc. Membranes intactes, rugueuses à droite et en arrière. Rupture artificielle des membranes : écoulement de liquide amniotique teinté de sang. Placenta inséré sur le segment inférieur, à droite et en arrière. Bruits du cœur bons. Expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3620 grammes. Hémorragie. Délivrance artificielle. Injection de 1500 grammes de sérum artificiel. Piqûre d'éther. Nouvelle hémorragie au

deuxième jour. Curettage et écouvillonnage qui ramènent de nombreux caillots. La malade sort en bon état sur sa demande.

E. 1188. — Multipare, 42 ans. Bassin normal. Sommet mobile en Droite. Placenta prævia. Hémorragies abondantes. Rupture artificielle des membranes : battements du cœur non perçus. Anémie de la malade. Introduction de la main droite à travers le placenta inséré centre pour centre. Saisie du pied postérieur : dégagement facile du siège et de la tête par manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 2200 grammes. Mort. Etat médiocre de la malade. Suites de couches pathologiques.

E. 1243. — Secondipare, 26 ans. Ménagère. Scarlatine dans la première enfance. Chorée à 18 ans pendant trois mois. Première grossesse terminée spontanément à terme ; deuxième grossesse actuelle de 8 mois. Entre pour hémorragie. Sommet mobile en G. Bassin normal. Bruits du cœur bons. Col dilaté comme 1 franc. Membranes intactes, très rugueuses à droite. Du même côté on arrive sur le placenta. Tamponnement vaginal. L'hémorragie persistant, on rompt les membranes. Procidence du cordon au niveau duquel on perçoit des battements. On la réduit sans difficulté, entre la tête fœtale et le promontoire. Dilatation d'une paume de main. L'hémorragie a cessé. Bruits du cœur bons. A la dilatation complète, expulsion spontanée de fille vivante pesant 2590 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

E. 1348. — Secondipare, 29 ans : bassin normal. Sommet mobile en O. I. G. Insertion vicieuse du placenta. Hémorra-

gie. Dilatation manuelle. Rupture artificielle des membranes. Sérum, extraction et évolution facile de l'enfant. Délivrance artificielle. Enfant de 1550 grammes, avec battements du cœur: ne peut être ranimé. Etat après délivrance: forte anémie. Suites de couches normales.

E. 1392. — Multipare. Six grossesses antérieures, terminées spontanément à terme. Enfants vivants. Septième grossesse, actuelle, de 6 mois $1/2$. Siège non engagé en S.I.G.A. Bruits du cœur très faibles. Arrivée en perdant du sang. L'hémorragie a débuté chez la malade sans douleurs ni prodromes. Dilatation de 5 francs. Poche des eaux volumineuse. A droite on sent les membranes rugueuses. Le placenta est inséré à la partie inférieure et partiellement décollé. Rupture artificielle des membranes. Procidence du cordon, au niveau duquel on ne perçoit pas de battements. Ecoulement de liquide fortement teinté de sang. Expulsion spontanée d'un garçon mort pesant 1000 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. La malade sort en bon état.

F. 258 (*bis*). — Multipare, 41 ans, journalière. Fièvre typhoïde à 26 ans. Six grossesses antérieures, terminées toutes par l'accouchement d'enfants vivants. Trois actuellement bien portants, les autres morts de pneumonie. Suites de couches normales. Septième grossesse, actuelle, de 8 mois. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a eu une hémorragie très abondante pendant son sommeil. Cette hémorragie s'est renouvelée depuis cette époque tous les deux ou trois jours. Sommet mobile en Droite. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Facies très pâle, lèvres décolorées, nez pincé, pouls à peine perceptible, très grande faiblesse, mais pas d'hémorra-

gie. Dilatation de 5 francs. On arrive sur une surface tomenteuse et irrégulière qui n'est autre que le placenta. En arrière et à droite, le doigt arrive sur les membranes très épaissies. La tête ballotte au détroit supérieur. Injection de 1000 grammes de sérum artificiel. Piqûre de caféine : le pouls est meilleur. La malade perd quelques gouttes de sang : la dilatation reste la même. Rupture artificielle des membranes très épaisses et très résistantes. L'hémorragie cesse, mais l'état général empire. Syncope : éther, caféine, sérum artificiel intra-veineux. La malade meurt, malgré respiration artificielle prolongée.

F. 383. — Multipare sans antécédents pathologiques. Quatre grossesses antérieures à terme. Suites de couches normales. Cinquième grossesse actuelle à terme. Cette malade est amenée de la salle Littré où elle est soignée depuis trois semaines pour syphilis. (Injections hypodermiques de benzoate de mercure). Facies pâle, lèvres décolorées : pouls normal. Utérus dur, aucun bruit du cœur fœtal. Le vagin est rempli de gros caillots. Dilatation de 5 francs. A gauche on sent le placenta bas inséré et en partie décollé. Tamponnement vaginal. Lorsqu'on le retire, le col est très dilatable, mais l'hémorragie recommence. On fait un deuxième tamponnement très serré qui arrête l'hémorragie. Rupture artificielle des membranes : on va à la recherche des parties fœtales qui se présentent, et ramène un pied. En même temps le placenta sort entièrement suivi immédiatement du siège. Manœuvre de Mauriceau. Extraction d'une fille de 2020 grammes, macérée. Pas d'hémorragie appréciable. Suites de couches pathologiques. La malade sort en mauvais état, sur sa demande expresse.

F. 388. — Grande multipare, 40 ans, ouvrière. Scarlatine

à 23 ans. Neuf grossesses antérieures, terminées à terme spontanément. Tous les enfants nés vivants. Éclampsie lors de la première grossesse. Dixième grossesse actuelle à terme. Bassin normal. Hémorragies très abondantes et répétées depuis un mois. Présentation du siège, mode des fesses, mobile en S.I.D.A. Dilatation complète. Vagin rempli de caillots. Le doigt arrive sur le placenta, et, tout à fait en avant sur les membranes très rugueuses. L'hémorragie a cessé. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus. Etat général assez satisfaisant malgré les hémorragies. Injection sous-cutanée de 1000 grammes de sérum artificiel. Rupture spontanée de la poche des eaux, suivie de l'engagement du siège en D.A. Dégagement normal du siège et des épaules : manœuvre de Mauriceau. Extraction d'une fille morte de 2650 grammes. L'expulsion de l'enfant est suivie aussitôt de celle du placenta. Suites de couches normales.

F. 447. — Multipare, 33 ans, Deux grossesses antérieures à terme, enfants vivants. Troisième grossesse actuelle à terme. Bassin normal. Sommet fixé en Gauche. Bruits du cœur bons. Col dilaté comme 2 francs, très mou et long. On arrive sur le placenta qui couvre l'orifice interne. Il suffit de le toucher pour qu'une forte hémorragie se produise. On introduit le doigt dans le col et on décolle le placenta jusqu'à une profondeur de 10 centimètres environ. L'hémorragie s'arrête. Introduction d'un ballon de Champetier de 800 grammes. Au bout de 20 minutes la dilatation est complète. On fait une version par manœuvres internes. Extraction lente, sans difficulté. Enfant mort qu'il est impossible de ranimer. Délivrance artificielle incomplète ; tamponnement. Curetage, écouvillonnage qui

ne ramènent presque rien. Suites de couches pathologiques. Elévation de température. Cette malade meurt au pavillon Gosselin, consécutivement à une hystérectomie vaginale.

F. 477. — Multipare, 44 ans, couturière. Bronchite chronique depuis sept ans. Quatre grossesses antérieures terminées à terme. Enfants vivants. Cinquième grossesse actuelle à peu près à terme. Hémorragie assez abondante à deux reprises, à dater du sixième mois. Sommet qui s'engage en D. P. Bruits du cœur sourds et irréguliers. Facies très pâle ; malade exsangue. Col dilaté comme 2 francs. On arrive sur le placenta qui est presque inséré centre pour centre. On décolle le placenta et on arrive difficilement en arrière sur les membranes rugueuses. On les rompt aussi largement que possible ; la tête s'applique aussitôt sur le segment inférieur et l'hémorragie cesse. On n'entend plus les bruits du cœur. Injection sous-cutanée de 700 gr. de sérum artificiel. Deux piqûres d'éther. Dilatation complète. Tête dans l'excavation en D. P. Première application de forceps qui amène la tête en transverse et sur le plancher périméal. Deuxième application qui complète la rotation. Dégagement en O. P. Garçon de 3650 grammes. très cyanosé, qui ne peut être ranimé. Délivrance spontanée. Le malade passe à l'isolement pour élévation de température. Emphysème, congestion pulmonaire. Mort à l'isolement dans le collapsus.

F. 568. — Secondipare, 31 ans. Ménagère. Scarlatine à 23 ans. Première grossesse à terme : enfant vivant. Suites de couches normales. Deuxième grossesse actuelle de 5 mois 1/2. Sommet mobile en O. I. D. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Hémorragie survenue sans prodromes motive l'entrée à l'hôpital. Au toucher on sent les parties fœtales très élevées.

Le col long est dur et fermé, permettant à peine l'introduction de la pulpe du doigt. A la dilatation complète, rupture artificielle des membranes. La tête s'engage. Expulsion spontanée d'enfant vivant de 500 grammes. Mort après quelques inspirations. Délivrance spontanée. Les membranes étaient rompues au niveau du bord placentaire. Suites de couches normales.

F. 813. — Multipare. Bassin normal. Placenta prævia. Hémorragies légères. Grossesse gémellaire. Accouchement prématuré à 7 mois. Dilatation bimanuelle. Décollement du placenta. Rupture des membranes. Evolution et extraction facile des deux enfants. Délivrance artificielle. Premier enfant, 1525 grammes naît en mauvais état et meurt. Deuxième enfant 2.030 grammes. Etat médiocre. Sort en mauvais état. Assez bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

F. 916. — Primipare, 22 ans, repasseuse. Sans antécédents pathologiques. Enceinte de 8 mois. Bassin normal. Sommet fixé en O. I. D. Bruits du cœur bons. Hémorragies abondantes et répétées avant son entrée dans le service. Vagin rempli de gros caillots. Dilatation de 2 franes. On arrive directement sur le placenta. Le segment inférieur est fortement épaissi à sa partie postérieure. Hémorragie abondante qui nécessite une intervention rapide. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier de 600 grammes. Tamponnement à la gaze iodoformée. Les bruits du cœur sont toujours bons. Au bout de dix heures, on retire tamponnement et ballon. La dilatation est complète et la tête est en O. P. Forceps. Extraction facile d'enfant mort pesant 2700 grammes. Délivrance

naturelle. La malade passe à l'isolement pour élévation de température : 38°6... Elle part non guérie sur sa demande.

F. 1374. — Multipare, 39 ans. Six grossesses. Quatre enfants morts. Bassin normal. Sommet. Hémorragie abondante. Décollement prématuré du placenta. Mauvais état général de la malade. Introduction de la main. Rupture artificielle des membranes. Placenta inséré sur la partie inférieure de la face postérieure. Ecoulement abondant de liquide sanguinolent. Dilatation manuelle. Saisie et abaissement d'un pied. Tractions lentes, faites en bas et en avant. Dégagement des bras facile. Manœuvre de Mauriceau. Pertes de sang abondantes. Délivrance artificielle. Enfant mort de 2250 grammes. Hémorragie par inertie utérine. Mort.

F. 1487. — Multipare, 34 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure. Placenta inséré sur le segment inférieur. Version par manœuvres internes sans difficulté, sauf au moment de l'abaissement des bras. Délivrance artificielle. Enfant de 2950 grammes en état de mort apparente, facilement ranimé. Sort en bon état. Après délivrance, déchirure du col. Suites de couches normales.

F. 1523. — Multipare sans antécédents pathologiques. Deux grossesses antérieures normales. Troisième grossesse actuelle de 8 mois. Bassin normal. Sommet mobile. Bruits du cœur bons. Entre pour hémorragie abondante depuis trois jours. Malade très anémiée. Parties fœtales très élevées ; poche des eaux volumineuse. En arrière on arrive très facilement sur le placenta inséré sur la face postérieure. L'hémorragie ne cessant pas, on rompt artificiellement les membranes. L'hémorragie

continue. Dilatation de petite paume de main. On dilate rapidement avec les doigts, et on décolle le placenta à droite et à gauche sur une assez grande étendue. Version podalique sans difficultés. Enfant né en état de mort apparente, ranimé au bout d'une demi-heure. Délivrance artificielle. Suites de couches normales. La malade sort faible, sur sa demande et malgré les observations qui lui sont faites.

G. 139. — Multipare, sans antécédents pathologiques. Troisième grossesse actuelle de 7 mois. Entre pour hémorragie très abondante qui dure depuis deux jours. Sommet mobile. Angle accessible au loin. Bruits du cœur bons. Col long et dilaté, permettant l'introduction du doigt. Celle-ci provoque une hémorragie très abondante. On arrive directement sur le placenta inséré centre pour centre, et en partie décollé au pourtour de l'orifice utérin. Deux piqûres d'éther, une de caféine. Injection sous-cutanée de 1000 grammes de sérum artificiel. Tamponnement cervico-vaginal très serré. L'hémorragie s'arrête. On retire le tampon : le col est dilatable comme 1 franc. Nouvelle hémorragie qui nécessite un nouveau tamponnement. Dilatation de 5 francs. On décolle le placenta en avant et on rompt artificiellement les membranes. Ecoulement de liquide fortement teinté de sang. Ballon de Champetier de 700 grammes. Après son expulsion procidence d'une main et du cordon : cette dernière est difficilement réduite. Expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 1700 grammes, morte au bout de deux heures. Délivrance spontanée : suites de couches pathologiques. Isolement pour élévation de température : part en bon état.

G. 152. — Primipare, 32 ans. Epaule très mobile ne s'en-

gageant pas. Placenta prævia. Hémorragies répétées et abondantes. Rupture artificielle des membranes. Abaissement d'un pied puis du deuxième. Rétraction de l'anneau de Bandl rendant un peu difficile l'abaissement des bras. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 1200 grammes, mort. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

G. 445. — Multipare, 34 ans. Six grossesses à terme : enfants vivants. Une hémorragie de la délivrance. Bassin normal. Sommet non engagé. Placenta prævia. Très anémiée. Ballon de Champetier. Version et extraction faciles. Délivrance artificielle. Enfant de 2000 grammes, mort et macéré. Etat d'anémie très grand de la mère après délivrance. Suites de couches pathologiques.

G. 451. — Multipare, 32 ans, logeuse. Deux grossesses antérieures terminées spontanément à terme. Troisième grossesse actuelle à terme. Siège mobile au D. S. Bassin normal ; bruits du cœur bons. Entre pour hémorragie très abondante, survenue sans aucune douleur pendant le sommeil. Excavation vide. Segment inférieur très épais surtout en arrière. Col long, orifice interne perméable. Le doigt arrive sur une masse tomenteuse qui occupe tout le pourtour de l'orifice interne. Deux tamponnements ayant été successivement traversés, on rompt largement les membranes. Le placenta est inséré très en avant sur l'orifice et il faut le décoller sur une notable étendue pour atteindre les membranes très rugueuses. Mutation de présentation : sommet très mobile au D. S. avec procidence d'une main. Ralentissement des bruits du cœur ; ballon de Champetier de 700 grammes, que l'on retire au bout d'une demi-

heure. Deuxième ballon de 1000 grammes. Bruits du cœur très irréguliers qui disparaissent bientôt totalement. On retire le deuxième ballon. Le col est largement dilatable. Troisième ballon de 700 grammes. Après son expulsion, dilatation complète et sommet profondément engagé. Expulsion spontanée d'une fille morte, pesant 3.000 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. Sort en bon état sur sa demande.

G. 647. — Secondiparé, 25 ans. Chorée dans l'enfance avec paralysie consécutive. Première grossesse à terme terminée artificiellement par forceps : enfant vivant. Deuxième grossesse actuelle de 5 mois $1/2$. Bassin généralement rétréci. Pas de bruits du cœur. Entre pour hémorragie. Col perméable : près de l'orifice utérin, à gauche et en arrière, on sent le placenta. Léger tamponnement : nouvelle hémorragie. On retire du vagin des caillots assez volumineux. Col dilaté de 2 centimètres. Bords de l'orifice épais ; on trouve un petit sommet ayant franchi le détroit supérieur. Tamponnement. Nouvelle perte de sang avec signes d'hémorragie interne. Injection de 800 grammes de sérum artificiel. Rupture artificielle de la poche des eaux. Perforation du crâne avec le perforateur de Blot. Extraction d'un fœtus de 5 mois $1/2$ environ : délivrance artificielle. Injection de 500 grammes de sérum : piqûre d'éther : tamponnement intra-utérin très serré. La malade n'a plus d'hémorragie. Suites de couches normales : sort en bon état sur sa demande.

G. 718. — Multipare, 28 ans, ménagère. Quatre grossesses antérieures à terme terminées spontanément par la naissance d'enfants vivants. Cinquième grossesse actuelle de 8 mois $1/2$. Sommet engagé en O. I. G. A. Bassin normal : bruits du cœur

bons. Cette malade arrive en ambulance pour hémorragie ayant débuté il y a cinq heures. Col dilatable de 5 francs avec bords de l'orifice assez épais. Membranes rompues. Assez haut et en arrière on sent le placenta. Dilatation manuelle. Les bruits du cœur s'affaiblissent. On fait une application de forceps en G. A Extraction d'enfant vivant de 2350 grammes. Délivrance artificielle. Le placenta présente une insertion latérale du cordon. Suites de couches normales : très bon état de la mère et de l'enfant à la sortie.

G. 763. — Multipare, 32 ans. Promontoire accessible. Sommet non engagé. Membranes rompues. Insertion vicieuse du placenta. Mauvais état général de la mère. Syncopes. Bruits du cœur non perçus. Version par manœuvres internes. Procidence du cordon qui ne bat pas. Siège retenu quelque temps à l'orifice externe. Tête arrêtée au D. S. Manœuvre de Champetier. Extraction rapide de la tête : délivrance artificielle. Enfant de 3.150 grammes mort. Etat mauvais de la mère : syncope : mort.

H. 7. — Multipare, 36 ans : ménagère. Rougeole à 8 ans. Deux grossesses à terme. Suites de couches normales. Troisième grossesse actuelle de 8 mois. Entre pour hémorragie. Bassin normal : sommet non engagé : bruits du cœur bons. Col long et perméable. Au niveau de l'orifice interne on sent le placenta en partie décollé. Ballon de Champetier de 600 grammes. Les bruits du cœur fœtal s'assourdissent. Dilatation de petite paume de main, qui s'accroît assez rapidement. Le ballon est expulsé. Version par manœuvres internes. Saisie du pied postérieur : dégagement facile du siège et des épaules. La tête est retenue par contraction de

l'anneau de Bandl. Tractions vigoureuses et prolongées. Rupture de la colonne cervicale. Perforateur de Blot et Crochet de Braune. Extraction pénible de la tête. Délivrance artificielle : suites de couches pathologiques : température : 37°8 le sixième jour après l'accouchement. La malade part sur sa demande en bon état.

II. 74. — Secondipare, 34 ans. Première grossesse terminée à 8 mois, enfant vivant. Deuxième grossesse actuelle de 8 mois. Sommet non engagé en G. T. Bruits du cœur irréguliers. Hémorragie très abondante. Col effacé. Dilatation de 2 centimètres. Excavation vide : les bords de l'orifice cervical sont épais. A gauche et sur une grande étendue on sent le placenta. Le toucher provoque une abondante hémorragie. Rupture artificielle des membranes : liquide normal. Le sommet reste élevé, puis se fixe en G. Ralentissement des bruits du cœur. Forceps. Extraction d'un garçon de 2200 grammes, en mauvais état. Pas d'hémorragie. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. Sort en bon état.

H. 88. — Secondipare, 24 ans, domestique. Première grossesse à terme normale. Deuxième grossesse actuelle à terme. Front qui s'engage. Bassin normal. Bruits du cœur bons. Dilatation de 2 francs. Membranes rompues depuis deux jours. On arrive directement sur la fontanelle antérieure, à droite et en arrière. La fontanelle postérieure n'est pas accessible. Hémorragie en caillots. Dilatation d'une paume de main. A la partie antérieure du segment inférieur, on arrive sur le placenta. Dilatation complète : bruits du cœur irréguliers. Première application de forceps en Directe par rapport au

bassin. La tête mal fléchie ne descend pas. Les bruits du cœur se ralentissent. Deuxième application : rotation de la tête et dégagement en O. S. Garçon né en état de mort apparente, ranimé, du poids de 2750 grammes. Délivrance naturelle. Les membranes sont rompues au niveau du bord placentaire. Grippe pendant les suites de couches : sort en bon état.

H. 283. — Multipare, 31 ans, ménagère. Fièvre typhoïde à 21 ans. Cystite hémorragique durant les cinq derniers mois de la première grossesse. Deux grossesses antérieures terminées à terme par la naissance d'enfants vivants. Troisième grossesse actuelle de huit mois. Entre pour hémorragies très abondantes ayant débuté il y a un mois. A son entrée dans le service, la malade est absolument exsangue et en imminence de syncope. Extrémités glacées : pouls filiforme : 80. Deux piqûres d'éther et de caféine, 1000 grammes de sérum. Utérus mou ; pas de bruits du cœur. Col dilatable. Le doigt arrive sur le placenta inséré en avant et sur les parties latérales. Les membranes situées en arrière, sont artificiellement rompues. Petit sommet, 1000 grammes de sérum ; piqûre d'éther. Ballon de Champetier de 800 grammes. Traction lente qui entraînent une partie du placenta. Dilatation assez rapide. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant mort : délivrance artificielle. Suites de couches pathologiques. La malade sort encore anémiée, mais en bon état.

H. 482. — Multipare, 45 ans, ménagère. Cinq grossesses antérieures normales. Sixième actuelle de 8 mois 1/2. Présentation transversale non engagée : dos en avant. Pro-

montoire accessible. Bruits du cœur bons. Excavation vide. Col long, perméable dans toute son étendue. Hémorragie. Ballon de Champetier de 500 grammes. Dilatation de 5 francs, que l'on complète par la dilatation manuelle. On rencontre une résistance considérable au niveau de l'anneau de Bandl. Le placenta empiète sur le segment inférieur. Deuxième ballon de Champetier de 800 grammes. Version. Pendant la manœuvre de Mauriceau, compression du cordon. Fœtus né en état de mort apparente, ranimé ; mort quelques heures après sa naissance. Délivrance artificielle complète. La malade sort en bon état.

H. 571. — Multipare, 38 ans, ménagère. Sept grossesses antérieures à terme, deux fausses couches. Dixième grossesse actuelle de 7 mois environ. Sommet non engagé en O. I. G. T. Bassin normal. Bruits du cœur irréguliers. Col long, perméable dans toute son étendue. En arrière et à gauche on arrive sur le placenta. Expulsion spontanée d'un garçon vivant pesant 1500 grammes. Mort le dixième jour après sa naissance. Délivrance naturelle. Hémorragie abondante. Tamponnement. Suites de couches pathologiques. La malade passe à l'isolement pour élévation de température (angine). Sort en bon état sur sa demande.

H. 680. — Multipare, 27 ans. Rougeole dans l'enfance ; deux grossesses antérieures terminées à terme, enfants vivants. Troisième grossesse actuelle de 9 mois. Entre pour hémorragies abondantes et répétées à trois reprises, qui sont augmentées par le toucher. Très anémiée ; pouls rapide, filiforme. Température 36 degrés. Ne perd pas. Le vagin renferme de nombreux

caillots : on arrive directement sur le placenta inséré centre pour centre. Le toucher provoque une hémorragie, très abondante. Perforation du placenta. Ballon de Champetier de 500 grammes. Bruits du cœur irréguliers. Piqûre d'éther. Sérum artificiel 1000 grammes. On n'entend plus les bruits du cœur et l'hémorragie cesse. Expulsion du ballon. Col complètement dilatable. Application du forceps en D. P. à travers le placenta, difficile à cause de la mobilité de la tête. Extraction après rotation, d'un fœtus mort, en état de rigidité. Délivrance artificielle : placenta déchiqueté. Isolement pour élévation de température, 38°2. Curettage qui ramène quelques débris. Drainage avec drain de Mouchotte. La température persiste. Mort.

H. 700. — Secondipare, 23 ans. Première grossesse à terme : enfant vivant. Deuxième grossesse actuelle de 7 mois 1/2. Entre à l'hôpital pour hémorragies répétées survenues sans douleurs et sans prodromes. Sommet en O. I. D. T. Bruits du cœur bons. Col effacé, permettant l'introduction du doigt. En arrière et à gauche on trouve le placenta un peu décollé : tamponnement vaginal, que l'on retire au bout de deux heures. Dilatation de 1 franc. Nouveau tamponnement cervico-vaginal très serré, qui est bientôt traversé. Rupture artificielle des membranes. L'engagement se prononce aussitôt, et la dilatation se fait ; mais les bruits du cœur se modifient. Chloroforme : dilatation manuelle. Forceps. Extraction de fille débile, pesant 1460 grammes. Pas d'hémorragie. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. La malade part en bon état sur sa demande.

H. 721. — Multipare, 40 ans, cartonnrière. Cinq grossesses antérieures normales. Sixième grossesse, actuelle, de 7 mois 1/2. Entre dans le service pour hémorragie abondante survenue il y a vingt-quatre heures et précédée de pertes moins fortes, mais répétées. Tête dans le flanc gauche ; siège dans la fosse iliaque droite : bruits du cœur bons. Vagin rempli de caillots. Col complètement effacé et dilaté comme 2 francs. A droite et empiétant sur le segment inférieur, on sent un cotylédon placentaire qui se met à saigner. Pas d'engagement. Chloroforme. Ballon de Champetier de 800 grammes. Après son expulsion, la dilatation, insuffisante, est complétée par la manœuvre de Bonnaire. Pendant cette manœuvre, hémorragie assez abondante. Version par manœuvres internes rendue difficile par les contractions du segment inférieur. Extraction d'un enfant né en état de mort apparente, mais ranimé. Délivrance artificielle. Tamponnement : piqûre d'ergotine. Sérum : 500 grammes. Sort en bon état, sur sa demande.

H. 736. — Multipare, 33 ans. Quatre grossesses antérieures, dont trois terminées à terme : enfants vivants. Quatrième fausse couche de 1 mois. Cinquième grossesse actuelle de 7 mois environ. Engagement non fait. Présentation de l'épaule. Pas de bruits du cœur. Deux hémorragies abondantes avant l'entrée à l'hôpital. La malade perd assez abondamment : le col est dilaté de 2 centimètres environ. Parties fœtales élevées. Poche des eaux intacte. Placenta inséré sur le segment inférieur. Tamponnement cervico-vaginal. Piqûre d'éther, 500 grammes de sérum. Contractions fortes et régulières. L'hémorragie se reproduit : le tampon est traversé : on l'enlève : le sang s'écoule en abondance. Col complète-

ment effacé, dilatation de 5 francs, engagement de l'épaule. Tendance à la syncope, bien que l'hémorragie soit arrêtée. Rupture spontanée des membranes. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant mort pesant 1700 grammes. Délivrance artificielle : pas d'hémorragie. Suites de couches pathologiques : élévation de température pendant quatre jours. Isolement. La température retombe assez rapidement à la normale. Malade sort en bon état.

H. 771. — Primipare, 33 ans. Bronchite et pleurésie il y a deux ans. Enceinte de 8 mois. Deux hémorragies avant l'entrée à l'hôpital : rupture artificielle des membranes faite en ville. A son entrée, pas d'hémorragie. Accélération du pouls, pâleur. Dilatation de 2 francs. Auscultation nulle. Expulsion spontanée d'un garçon mort de 2070 grammes. Expression utérine : expulsion du placenta et de 1100 grammes de caillots. Isolement pour élévation de la température. Sort en bon état.

H. 817. — Multipare, 32 ans, fleuriste. Trois grossesses antérieures normales. Quatrième grossesse actuelle de 8 mois $1/2$. Hémorragies abondantes à trois reprises différentes depuis un mois. Tête mobile en G. au détroit supérieur. Enfant vivant. Col complètement effacé, très dilatable. A droite on arrive sur une portion considérable du placenta, qui obstrue l'orifice utérin. Ballon de Champetier de 1000 grammes. Expulsion du ballon. Procidence de la presque totalité du cordon qui bat faiblement. Procidence d'un bras. Le placenta est en grande partie dans le vagin. Tête élevée au-dessus du détroit supérieur. Chloroforme. Version par manœuvres internes : extraction d'une fille non ranimée. Délivrance artificielle. Suites de couches normales. La malade part en bon état.

H. 896. — Secondipare, 24 ans, employée. Première grossesse terminée au sixième mois : suites des couches normales. Deuxième grossesse actuelle de 6 mois $1\frac{1}{2}$. Entre pour hémorragie persistant depuis quarante-huit heures. Utérus très contracté. Pas de bruits du cœur. Vagin rempli de caillots ; col dilaté de 4 centimètres. Membranes rompues. Petit siège complet. En avant on arrive sur les cotylédons placentaires décollés. Abaissement du pied postérieur. Pose d'un laçs. Dilatation complète : le siège arrive à la vulve en même temps que le placenta. Extraction facile d'un garçon mort de 1250 grammes. Elévation de température. Curettage le quatrième jour : sort en bon état sur sa demande.

H. 928. — Multipare, 32 ans. Deux grossesses antérieures normales. Troisième grossesse, actuelle, de 7 mois $1\frac{1}{2}$ environ. Sommet non engagé en O. I. D. T. Bruits du cœur assez bons. Entre pour hémorragies considérables. Col dilaté comme 5 francs. Parois souples. Lambeau de placenta dans le col. Rupture artificielle des membranes : dilatation manuelle facile. Abaissement d'un pied et extraction rapide d'un garçon, né en état de mort apparente, ranimé, et qui meurt en couveuse au bout de quelques heures. Petite déchirure du col à gauche et en arrière, ne s'élevant pas au-dessus de l'insertion vaginale. Délivrance artificielle. Tamponnement de l'utérus et du vagin. La femme n'a pas perdu de sang pendant la délivrance : elle sort en bon état.

H. 935. — Multipare. Quatrième grossesse actuelle de 7 mois. Sommet mobile en D. Pas de bruits du cœur. Entre pour hémorragies. Col dilaté comme 5 francs ; nombreux caillots dans le vagin. A gauche et en arrière on sent nettement le

placenta décollé sur une certaine étendue : rupture artificielle des membranes. Expulsion spontanée d'un garçon mort pesant 1200 grammes. Délivrance naturelle. Pas d'hémorragie. Suites de couches normales : le malade sort en bon état.

I. 125. — Multipare, 33 ans. ménagère. Fièvre typhoïde à 13 ans. Quatre grossesses antérieures : les trois premières normales ; la quatrième terminée par une fausse couche de 3 mois. Cinquième grossesse actuelle de 8 mois 1/2. Sommet non engagé en O. I. D. Bruits du cœur bons. Entre pour hémorragies abondantes : col perméable. Mise en observation, salle Mauriceau. Hémorragies répétées mais peu abondantes. Le quatorzième jour après son entrée à l'hôpital, la malade continuant à perdre, on décide de terminer l'accouchement. On essaie de perforer les membranes, mais il est impossible de les atteindre. Cette tentative provoque une hémorragie abondante. Ballon de Champetier qui se place entre l'œuf et le placenta. Col à peine dilatable pour permettre l'introduction d'un doigt. Au bout de neuf heures, dilatation de 5 francs. Expulsion du ballon ; dilatation presque complète sept heures plus tard. Rupture spontanée des membranes. Version assez facile : extraction de fille morte de 2500 grammes. Délivrance artificielle ; placenta très fétide. Injection intra-utérine à l'eau iodée : tamponnement. Le placenta est déchiré à sa partie moyenne et se trouvait inséré dans sa presque totalité sur la face antérieure et sur le côté droit de l'utérus. Suites de couches pathologiques : frissons : température 39°9. Phlegmatia alba dolens. La malade sort en bon état.

I. 316. — Multipare, 23 ans. Ménagère. Trois grossesses antérieures, dont une terminée prématurément au huitième mois

Quatrième, actuelle, de 7 mois 1/2. Hémorragies ayant débuté au troisième mois, mais surtout abondantes à partir du cinquième mois. Siège complet en Droite, très mobile au-dessus du détroit supérieur. Auscultation nulle : col presque effacé, dilaté comme 2 francs. On arrive directement sur le placenta et tout à fait en avant sur les membranes rugueuses. Rupture artificielle des membranes et abaissement d'un pied. Extraction pénible de la tête par suite de la rétraction du col. Garçon mort, de 2290 grammes. Serum : 500 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches pathologiques : la malade sort en bon état.

I. 373. — Primipare, 25 ans. Enceinte de 7 mois 1/2. Sommet non engagé en O. I. G. T. Pas de bruits du cœur. Très pâle, pouls petit. Hémorragie abondante. Le col est en voie d'effacement. Dilatation de 3 centimètres. Cotylédon placentaire décollé, sur l'orifice cervical. Membranes accessibles en avant. Placenta en arrière. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. 500 grammes de sérum. Expulsion du ballon. Dilatation complète. Le placenta descend au-devant de la tête. Forceps. Extraction d'un enfant mort pesant 2,600 grammes. Délivrance artificielle. Suites de couches normales. Sort en bon état.

I. 577. — Multipare, 23 ans, bacillaire (hémoptysies, bronchite chronique). Deux grossesses antérieures terminées à terme. Troisième grossesse actuelle de 9 mois. Sommet mobile au D. S. Pas de bruits du cœur. Col long, dilatable de 2 centimètres. Le doigt arrive directement sur le placenta. Hémorragie très abondante : en quelques minutes, la malade devient très pâle ; pouls petit, filiforme (120), muqueuses décolorées,

syncope imminente. Tamponnement cervico-vaginal très serré. Injection de 700 grammes de sérum : piqûre d'éther. Ballon de Champetier de 700 grammes. La dilatation se faisant mal et la malade continuant à perdre, on perfore le placenta. Ecoulement abondant de liquide amniotique. Version par manœuvres internes, sans aucune difficulté : extraction d'un enfant mort, pesant 1850 grammes, et en état de rigidité cadavérique. Pas de lésion du col. Pas d'hémorragie. Délivrance artificielle. Le placenta large, étalé, très mince, déchiqueté était totalement inséré sur le segment inférieur. Suites de couches normales : la malade sort sur sa demande.

I. 832. — Multipare, 24 ans. Deux grossesses antérieures normales. Troisième grossesse actuelle de 8 mois environ. Sommet mobile en D. Bruits du cœur bons. Hémorragie dès le début de la grossesse pendant trois semaines ayant recommencé plus abondante la veille de son entrée à l'hôpital. Col perméable. Durant le travail pas d'hémorragie sauf une demi-heure avant la dilatation complète. A ce moment, perte survenue brusquement, mais qui cesse vite. A la dilatation complète expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 2.300 grammes. Délivrance naturelle complète. Suites de couches pathologiques. Sort en mauvais état malgré les observations qui lui sont faites. L'enfant sort en bon état.

I. 841. — Multipare, journalière. Quatre grossesses antérieures à terme. Suites de couches normales. Deux fausses couches de trois semaines. Septième grossesse actuelle de 8 mois environ. Sommet mobile en G. Bassin normal. Bruits du cœur bons. Entre pour hémorragie. Facies très pâle : muqueuses décolorées. Pouls petit et mal frappé. Col dilatable en voie

d'effacement. On sent le petit doigt devant de la partie fœtale. Tamponnement cervico-vaginal très serré. Injection de 500 grammes de sérum artificiel : travail normal. A la dilatation complète, expulsion spontanée d'un enfant mort pesant 1200 grammes. Délivrance naturelle complète. Tamponnement. Suites de couches normales. La malade sort en bon état sur sa demande.

I. 907. — Multipare, ménagère. Six grossesses normales : deux avortements. Neuvième grossesse, actuelle, de six mois environ. Entre pour hémorragies. Petit siège complet, mobile au D. S. Poche des eaux très tendue. Membranes épaisses et rugueuses. Dilatation de 5 francs. Rupture spontanée des membranes. A ce moment il s'écoule un flot de sang et des caillots sont expulsés du vagin. Le col est revenu sur lui-même ; on sent une partie du placenta dans le vagin. On fait un tamponnement qui est aussitôt traversé, et qu'il faut recommencer. Expulsion spontanée d'une fillette morte de 1000 grammes. Délivrance naturelle. Injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum artificiel. Suite de couches normales. La malade sort en bon état, sur sa demande.

I. 923. — Multipare, 40 ans. ménagère. Huit grossesses antérieures à terme. Suite de couches normales. Neuvième grossesse, actuelle, de 8 mois 1/2. Sommet morbide en G. Bassin normal : bruits du cœur bons. Entre pour hémorragie. La femme est profondément anémiée : facies pâle : muqueuses décolorées. Le vagin est rempli de caillots : on sent le placenta dans le col. Injection de sérum artificiel : 250 grammes. On pose un ballon de Champetier de 600 grammes, mais il glisse et l'on est obligé de le retirer. On endort la malade à l'éther : on achève la dilatation par le procédé bimanuel. Version par

manœuvres internes, qui ne présente pas de difficulté. Dégagement rapide. L'enfant qui ne présente pas de battements du cœur, ne peut être ranimé. Il pèse 3.200 grammes. Délivrance artificielle. Tamponnement. Suites de couches pathologiques : part en bon état, sur sa demande.

L. 1109 (Personnelle). — Secondipare, 26 ans, doreuse. Pas d'antécédents. Première grossesse à terme en 1899. Enfant mort six heures après sa naissance. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse actuelle, à terme. Utérus normalement développé. Bassin normal. Bruits du cœur bons. Sommet mobile en O. I. D. T. Col long, perméable. Membranes intactes. Depuis le début du travail, hémorragies peu abondantes, mais répétées, qui nécessitent l'application d'un ballon de Champetier, sous le chloroforme. Col effacé, dilatation d'une petite paume de main, qui après introduction d'un ballon de 1000 grammes aussitôt expulsé, devient complètement dilatable. On tente une application de forceps que rendent fort difficile l'élévation de la tête fœtale et la tendance du col à revenir sur les branches. Version par manœuvres internes. Abaissement facile d'un pied, évolution de la tête très aisée. Extraction lente du tronc. Anse au cordon. Le dégagement des épaules est très laborieux, les bras s'étant relevés. Dégagement successif du bras postérieur, puis du bras antérieur. La tête est dégagée par la manœuvre de Mauriceau. Garçon de 3250 grammes en état de mort apparente, ranimé.

Immédiatement après la sortie du fœtus, la malade perd à flots. Délivrance artificielle rapide et tamponnement intra-utérin qu'il faut renouveler très vite par suite de l'abondance de

l'hémorragie. Injection d'ergotine. Suites de couches pathologiques. La mère et l'enfant sortent en bon état.

L. 1112 (Personnelle). — Multipare, 33 ans. Ménagère. Six grossesses normales terminées à terme par naissance d'enfants vivants dont trois sont actuellement bien portants. Suites de couches normales. Septième grossesse actuelle à terme. Bassin normal. Utérus normalement développé, sommet mobile en G. Hémorragie vingt-quatre heures avant l'entrée à la Maternité. Au toucher : col long, dilatation de 1 franc. Membranes intactes, mais rugueuses à gauche et en arrière : on n'arrive cependant pas sur le placenta. Le toucher, même très prudent, provoque un écoulement sanguin abondant.

Les bruits du cœur sont bons, mais le travail se faisant lentement, on décolle et on rompt largement les membranes. A ce moment, écoulement sanguin très abondant, mais qui cesse très vite.

Accouchement spontané : fille vivante de 3.700 grammes. Délivrance naturelle. Durée du travail : deux jours. Suites de couches normales. La mère et l'enfant sortent en bon état.

L. 1148 (Personnelle). — Secondipare, 32 ans, ménagère. Pas d'antécédents.

Première grossesse à terme : enfant vivant actuellement. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse actuelle de 7 mois $1/2$ environ : la malade ne peut indiquer la date exacte de ses dernières règles. Entre à la salle d'accouchement pour hémorragies abondantes. Facies pâle, muqueuses décolorées. Utérus développé comme pour une grossesse de 7 mois $1/2$ environ, de forme irrégulière, légèrement rétracté, ce qui rend la palpation difficile.

Bruits du cœur fœtal précipités et un peu faibles. Le col, en voie d'effacement, est dilatable jusqu'à 5 francs. Le doigt arrive directement sur les cotylédons qui saignent abondamment dès qu'on pratique le toucher. Aucune partie fœtale n'est engagée : le promontoire est très accessible.

On décolle une partie du placenta pour aller à la rencontre des membranes : mais on ne peut y parvenir, le placenta étant inséré centre pour centre. On perfore alors le placenta pour aller à la recherche d'un pied et faire la version. A ce moment le placenta se décolle et fait irruption hors de la vulve. Hémorragie assez abondante. On constate à ce moment que le fœtus se présente par l'épaule droite, avec la tête dans le flanc gauche et le dos en avant. Un bras est procident à la vulve. La recherche et la prise des pieds sont particulièrement laborieuses, car ces derniers sont enveloppés par les membranes. Extraction d'un enfant mort. Le placenta est déchiqueté.

Tamponnement de l'utérus et du vagin.

Deux injections de sérum artificiel.

Le lendemain de l'accouchement, M. Bar, en pratiquant le palper abdominal, trouve l'utérus récliné à droite, et à gauche une masse formée par le tampon. Celui-ci retiré, on pratique le toucher. L'orifice externe est indemne, l'anneau de Bandl est complètement fermé et repoussé à droite. Quand le doigt ressort de l'orifice interne il entre dans une vaste cavité située à gauche dans le ligament large. Les parois de cette cavité ne saignent pas et ne renferment pas de caillots, on fait un tamponnement plus léger.

La température, un peu élevée (38°6, le soir) pendant les quatre premiers jours, retombe ensuite à la normale.

Le palper abdominal fait percevoir au niveau de la déchir-

rure une crépitation sanguine qui diminue progressivement pour disparaître complètement au huitième jour.

La malade sort en bon état, le quinzième jour après l'accouchement.

I. 1194 (Personnelle). — Primipare, 39 ans, ménagère. Fièvre typhoïde à 20 ans. Fluxion de poitrine à 22 ans. Entre pour hémorragie ayant débuté il y a quinze jours. Sommet mobile au D. S. en G. A. Bassin normal : bruits du cœur bons. La malade est à terme. Membranes intactes : dilatation de 0,50 centimes. Le doigt arrive directement sur le placenta qui est inséré en arrière. Le travail se fait normalement. Rupture spontanée des membranes. A la dilatation complète expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 3.600 grammes. Délivrance naturelle complète. Placenta très large. Tamponnement. Une demi-heure après la délivrance, l'hémorragie très abondante se produit : le tampon est traversé. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Piqure d'ergotine et de caféine. Suites de couches normales. Bon état de la mère et de l'enfant à la sortie.

I. 1203 (Personnelle). — Multipare, 29 ans. Trois grossesses antérieures à terme. Suite de couches normales : enfants vivants. Quatrième grossesse actuelle de 8 mois 1/2. La malade entre pour hémorragie. Sommet mobile en G. A. Bassin normal : bruits du cœur bons. Trois hémorragies avant l'entrée à l'hôpital. Le vagin est rempli de caillots. Le col est dilaté comme 5 francs. On arrive directement sur le placenta. Cependant à droite et en avant on trouve des membranes épaisses et très rugueuses, que l'on rompt avec difficulté. 350 grammes

de sérum. Tamponnement vaginal très serré. L'hémorragie s'arrête. La malade expulse son tampon à la dilatation complète. Accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 2450 grammes. Délivrance naturelle complète : tamponnement. Suites de couches normales. Bon état de la mère et de l'enfant à la sortie.

CONCLUSIONS

Le pronostic du « placenta prævia », très mauvais pour l'enfant, est bon pour la mère à la condition que l'on intervienne en temps utile.

I. — Pendant la grossesse :

1° Si l'hémorragie est peu abondante on se bornera à faire des injections vaginales très chaudes et un tamponnement vaginal ;

2° S'il s'agit d'hémorragie sérieuse par son abondance et sa répétition, et à plus forte raison si la perte de sang menace la vie de la mère, on rompra largement les membranes si elles sont accessibles et dans le cas contraire on aura recours au tamponnement vaginal. Dès que les membranes deviendront accessibles il faudra les rompre.

II. — Pendant le travail :

On commencera par rompre les membranes, puis on terminera l'accouchement le plus rapidement possible.

Si la dilatation n'est pas suffisante, on l'achèvera en introduisant le ballon de Champetier, qui a le double avantage d'agir comme hémostatique et

comme dilatateur. On pourra également utiliser la dilatation manuelle.

La version par manœuvres internes constitue le procédé de choix et c'est à elle que l'on devra s'adresser de préférence pour l'extraction du fœtus.

Dans ces conditions on aura les plus grandes chances de sauver la mère, et l'enfant ne courra guère plus de risques que par l'emploi des autres procédés. Les suites de couches devront être tout particulièrement surveillées, dans les cas de « *placenta prævia* », car, la plaie placentaire se trouvant plus rapprochée du vagin l'infection se fera plus aisément.

Les soins antiseptiques seront donc particulièrement minutieux.

Vu : le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAUDELLOCQUE. — Traité d'accouchements.

DE SIEBOLD. — Histoire de l'obstétricie (Traduction Hergott).

LASKINE. — Thèse de Paris, 1889-1890.

LECONTE. — Thèse de Paris, 1905.

PLAYFAIR. — Traité d'accouchement.

RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

SIMPSON. — Clinique obstétricale.

TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.